

GUIDA AL PROTOCOLLO DI VISITA OCULISTICA PER LA CORRETTA VALUTAZIONE DEL VIDEOTERMINALISTA

Un'iniziativa della F.O.V.E.A. (Federazione Oculisti Veronesi Associati)

ASTENOPIA: rischi, definizione e manifestazioni

La considerevole mole di indagini cliniche ed epidemiologiche svolte sino ad oggi sugli utilizzatori di VDT indica che l'uso di attrezzature munite di videotermini non provoca danni permanenti, anatomici o funzionali, all'apparato oculo-visivo. In tal senso si è a suo tempo autorevolmente pronunciata anche l'Organizzazione Mondiale della Sanità nel proprio documento denominato "WHO/OMS Update on visual display terminals and workers' health WHO/OCH/90.3".

Eppure, la fatica visiva o astenopia [dai termini greci α - (privativo), $\sigma\theta\epsilon\omicron\zeta$ (forza, energia, potenza), $\omicron\upsilon\iota\zeta$ (vista)] costituisce un'entità a tutt'oggi male inquadrata dal punto di vista nosografico.

La definizione più calzante sembra essere quella messa a punto nel corso dei lavori del GILV (Gruppo Italiano per lo studio dei rapporti fra Lavoro e Visione), anche se a tutt'oggi non ufficializzata: "Una Sindrome clinica, causata da un disagio nella visione, che si manifesta con un insieme di sintomi e segni in prevalenza oculari ma anche generali" (ZANETTI, 1995; comunicazione personale).

Le manifestazioni dell'astenopia sono riassunte schematicamente nella tabella a seguito riportata. Le voci in maiuscolo si riferiscono ad aspetti essenzialmente soggettivi, mentre quelle in minuscolo a quelli suscettibili di parziale valutazione obiettiva.

Aspetti visivi	Aspetti oculari	Aspetti generali
FOTOFOBIA	lacrimazione	CEFALEA
Riduzione dell'acuità visiva	ammicciamento aumentato	ASTENIA
VISIONE SFUOCATA	PRURITO	NAUSEA
VISIONE SDOPPIATA	IRRITAZIONE	DISPEPSIA
Miopizzazione transitoria	SECCHENZA	VERTIGINE
Transitorio allontanamento del punto prossimo	BRUCIORE	TENSIONE GENERALE
Comparsa o aumento di Forie	SENSAZIONE DI SABBIA	
ALONI COLORATI	SOTTO LE PALPEBRE	
EFFETTO MC COLLOUGH (visione rosata)	PESANTEZZA AI BULBI	
	DOLORE	
	arrossamento congiuntivale	
	alterazioni qualitative/quantitative del film lacrimale	

Le manifestazioni di astenopia devono essere tutte ricercate in fase anamnestica della compilazione del protocollo.

I RISVOLTI PIÙ SIGNIFICATIVI DELLA LEGGE 626

1) QUANDO SI CONSIDERA UN LAVORATORE "VIDEOTERMINALISTA": un dibattito in corso

La legge 626 art. 51 considera troppo genericamente che deve sottoporsi al controllo, chi "usa il VDT in modo sistematico e abituale per almeno 4 ore consecutive giornaliere per tutta la settimana lavorativa" senza considerare variabili quali tempo totale e tempo reale, fattori ambientali, fattori organizzativi e individuali. Ciò ha creato molte controverse interpretazioni e non si è arrivati a capire chi è realmente un lavoratore al VDT.

L'ultima commissione ad hoc ha preso in considerazione come parametro le 20 ore settimanali in media di lavoro al VDT.

Il GILV ha confermato nei suoi studi che i disturbi sono più frequenti se il tempo al VDT supera la metà del tempo globale di lavoro.

Una concorde valutazione, che è stata recepita da oculisti e medici del lavoro (anche negli incontri F.O.V.E.A.), è quella che l'indicazione di una visita oculistica dovrebbe essere effettuata, a discrezione del medico competente, anche su persone che lavorano poche ore, ma con carico visivo particolare ed impegnativo.

2) LA VISITA OCULISTICA E L'IDONEITÀ LAVORATIVA AL VDT

Il giudizio di idoneità al lavoro al VDT è, per espressa prescrizione del D.Lgs. 626/94, di pertinenza del medico competente (medico del lavoro).

L'oculista, incaricato di fare una consulenza specialistica, deve attenersi a dare un giudizio sull'affaticamento prevedibile al VDT. Dato che tale condizione è suscettibile di variabili dovute a tempo d'uso del VDT, caratteristiche intrinseche del compito visivo, fattori ambientali e individuali, l'oculista, dopo essersi limitato all'analisi dell'organo visivo, esprime un semplice "giudizio di prevedibile affaticamento" come quello che abbiamo sintetizzato alla fine della scheda del protocollo. Ciò non comporta, a nostro parere, una limitazione di ruolo decisionale sull'idoneità al lavoro al VDT, dato che la visita oculistica consente egualmente una efficace opera di prevenzione oftalmologica la quale rappresenta il fine ultimo dell'intervento dello specialista nell'intendimento legislativo.

L'oculista potrà (e dovrà) prescrivere eventuali ulteriori analisi cliniche oculari se queste sono necessarie a redigere tale giudizio.

Queste analisi non dovrebbero essere a carico del Sistema Sanitario Nazionale né del singolo individuo ma del datore di lavoro, se servono in modo esclusivo a questo scopo.

Abbiamo concordato fra oculisti che la prescrizione ottica deve essere eseguita durante la consulenza anche se il soggetto esaminato è in cura da un collega, purché essa sia di uso esclusivo per il VDT. Anche in questo caso tale presidio dovrebbe essere acquistato dal datore di lavoro e il lavoratore dovrebbe lasciarlo sul luogo di lavoro.

Tutti coloro che sono portatori di un difetto refrattivo utile nella normale vita di relazione, anche se già corretto ma in modo inadeguato, dovrebbero (a parere dei medici F.O.V.E.A.) essere invitati ad una visita oculistica più approfondita e, se già seguiti da uno specialista, inviati a quest'ultimo.

Nel partecipare all'iniziativa comune che stiamo proponendo, il corretto comportamento deontologico ci pare ovvio.

3) LA PERIODICITÀ DEI CONTROLLI

L'art. 55 sulla sorveglianza sanitaria distingue la visita iniziale preattiva e i controlli periodici successivi, previsti al massimo ogni 5 anni nei soggetti giovani e ogni 2 anni nei soggetti di oltre 45 anni.

E' previsto comunque che l'Oculista che sta svolgendo la consulenza possa indicare una specifica periodicità di controllo (a seconda dei rilievi clinici e/o refrattivi evidenziati) nel singolo soggetto diversa dai cinque anni previsti. Sarà poi il medico competente a organizzare tale sorveglianza. La frequenza delle visite oculistiche dovrà essere indicata nello spazio "CONSIGLI E PRESCRIZIONI"

E' comune opinione che, in presenza di un grosso carico di lavoro, la visita debba essere ripetuta almeno ogni due anni.

4) LE PAUSE DI LAVORO

L'art. 54 della L. 626 prevede una pausa di 15 min. ogni 120 min. di lavoro al computer.

L'oculista può consigliare una limitazione dei tempi di lavoro (che il medico competente tradurrà in "Idoneità con prescrizione di limitazione temporale") sia come riduzione della durata complessiva dell'attività sia come aumento della frequenza/durata delle pause.

Questo tipo di limitazione deve essere preso in considerazione in presenza di significativi sintomi di disagio visivo da affaticamento e valutata caso per caso, nell'ambito di un'ampia indagine ergofisiologica che porti il medico competente a perfetta conoscenza delle caratteristiche del compito visivo specifico, caratteristiche del posto di lavoro e stato di salute oculo-visiva del lavoratore.

Per quanto riguarda le alterazioni dell'apparato oculare, segnaliamo quelle che più la letteratura considera più probabilmente causa di disturbi astenoici in soggetti costituzionalmente più sensibili e predisposti:

- ◆ ambliopia parziale con visus inferiore a 6/10 (anche monolaterale)
- ◆ alterazioni della motilità oculare estrinseca quali:
 - eteroforie medio-elevate (superiori a 8 diottrie prismatiche)
 - eteroforie facilmente scompensabili
 - nistagmo
 - deficit III, IV, VI n.c.
- ◆ patologie infiammatorie croniche degli annessi (blefariti, congiuntiviti)
- ◆ patologie della superficie oculare (es. sindrome dell'occhio secco)
- ◆ alterazioni di trasparenza della cornea
- ◆ cheratocono
- ◆ cataratta
- ◆ afachia, pseudofachia
- ◆ difetti refrattivi elevati (a prescindere dal visus ottenibile con correzione)
- ◆ retinopatie degenerative
- ◆ maculopatie con alterazione della visione centrale (metamorfopsie)
- ◆ alterazioni del campo visivo.

5) L'IDONEITÀ ASSOLUTA TRANSITORIA

Può verificarsi nel caso di patologie oculari in fase acuta che provocano una riduzione sensibile del visus, diplopia in posizione primaria di sguardo o un significativo disagio soggettivo (ad esempio cheratiti, congiuntiviti, uveiti, ecc.).

L'oculista le segnalerà al medico competente che valuterà caso per caso l'opportunità di dichiarare temporaneamente non idoneo il paziente.

6) L'INIDONEITÀ ASSOLUTA PERMANENTE

Costituisce, alla luce degli attuali orientamenti, un evento assolutamente eccezionale, e si realizzerebbe solo nel caso di un visus binoculare residuo fortemente inferiore all'acutezza media richiesta dal compito visivo in relazione anche alla distanza di lavoro.

Tenendo in considerazione la possibilità di cui sono dotati alcuni software facilmente reperibili di aumentare le dimensioni dei caratteri da leggere, giudichiamo che anche la valutazione generale, più volte rimarcata in letteratura, che per un PC con sistema operativo Windows prevede un visus minimo binoculare di 3/10 a distanze di 40-70 cm, ci sembra del tutto inadeguata.

E' possibile tuttavia tenere in considerazione, analizzando caso per caso, il reale impegno visivo al VDT (in termini di tempi, di modalità di esecuzione e di impegno visivo effettivamente richiesto) e l'eventuale presenza di concomitanti compiti visivi connessi alla mansione (ad esempio la lettura di fogli dattiloscritti, per i quali si richiede un visus che può variare da un minimo di 2-3/10, per i comuni caratteri da macchina da scrivere, a 5-8/10, per caratteri tipografici particolarmente piccoli). Dove non è possibile modificare tali condizioni di lavoro e quando il lavoratore abbia già manifestato oggettive e gravi difficoltà, è possibile pensare ad una inidoneità.

IL PROTOCOLLO

Il protocollo di visita oculistica con indagine ergonomica per videoterminalisti prodotto dalla F.O.V.E.A. è di facile e rapida compilazione. I test somministrati per valutare il senso cromatico e misurare il punto prossimo di convergenza o le diottrie di una deviazione, non sono volutamente indicati, in quanto non abbiamo dati per consigliare il migliore per questo tipo d'indagine.

Importante è standardizzare la compilazione dell'ultima parte del protocollo.

Per ciò che riguarda le **CONCLUSIONI DIAGNOSTICHE** si deve intendere

- la diagnosi (anche del vizio refrattivo)
- o il sospetto diagnostico se sono poi necessari ulteriori accertamenti.

Nei **CONSIGLI** e **PRESCRIZIONI** si specificano:

- eventuali provvedimenti presi (es. prescrizione ottica, prescrizione farmacologica ecc.)
- eventuali accertamenti diagnostici ulteriori e dove eseguirli,
- eventuale visita approfondita dall'oculista di fiducia,
- la sorveglianza (vedi "periodicità dei controlli" se diversi da quelli previsti dalla legge).
- i vari gradi di limitazione all'uso del VDT. (vedi inidoneità e "idoneità con prescrizione di limitazione temporale")

Il **giudizio finale** viene poi rappresentato dall' "**AFFATICAMENTO PREVEDIBILE NEL LAVORO CON VDT**" considerato in base alla refrazione e alla valutazione clinica eseguita considerando le migliori condizioni ergofoamologiche ambientali quali sarebbero previste dalle normative.

La risposta può essere:

A) nella norma (naturale) o con correzione ottica.

B) superiore alla norma che a sua volta potrà essere "limitabile" con un presidio che poi viene indicato oppure superiore alla norma ma non limitabile in alcun modo.

Ad esempio per un astigmatico che sia ortoforico e ben corretto si prevederà un affaticamento normale con l'uso della correzione ottica, mentre se questo presenta marcata foria anche con correzione, l'affaticamento sarà solamente limitabile con gli occhiali o con associati eventuali esercizi ortottici.

Qualsiasi situazione che non possa essere almeno in buona parte corretta con occhiali o altro, (es. per scarso visus, in un soggetto monocolo, in caso di tropie significative ecc.) sarà da considerarsi tale da prevedere un affaticamento superiore alla norma e non limitabile.

Nel caso di giudizio di affaticamento prevedibile superiore alla norma, va compilata sempre la parte dei **CONSIGLI** e **PRESCRIZIONI** per orientare il medico competente sulla valutazione d'idoneità. L'indicazione all'inidoneità (transitoria o assoluta) non è volutamente prevista in quanto, come stato già sottolineato, spetta al medico del lavoro. Una valutazione dell'oculista che preveda l'allontanamento dal lavoro al VDT (temporaneo o definitivo) così come "l'idoneità con prescrizione di limitazione temporale", dovrà, anch'essa, essere riportata nei **CONSIGLI E PRESCRIZIONI**.

LA TARIFFA.

La F.O.V.E.A. ha richiesto all'Ordine dei Medici di Verona di esprimersi in relazione al fatto che la visita ergoftalmologica per VDT sia o meno da considerarsi a tutti gli effetti una visita oculistica completa od esclusivamente un'indagine di screening o altro (per la quale non è previsto un tariffario nazionale), anche perché, come noto, alcuni enti eseguono tale indagine ad un prezzo molto basso.

L'Ordine dei Medici non si è sentito di esprimersi e ha quindi demandato tale quesito alla Federazione Italiana degli Ordini, da cui siamo in attesa di risposta relativa.

L'opinione comune a livello Italiano è comunque quella di considerare come visita vera e propria l'indagine sui videoterministi e di conseguenza la F.O.V.E.A. si allinea a questa posizione indicando come tariffa minima quella prevista dal tariffario nazionale.

LA PRESCRIZIONE DI VISITE O ACCERTAMENTI ATTI A DARE IDONEITÀ ATTRAVERSO IL SSN

Un altro problema, che coinvolge per altro anche alcuni Medici del Lavoro, è quello di far eseguire delle ulteriori visite o accertamenti diagnostici in caso di sospetta patologia attraverso il Sistema Sanitario Nazionale ovvero con "l'impegnativa". La legge 626 prevede che eventuali ulteriori analisi cliniche (oculari e non) necessarie a redigere il giudizio di idoneità al lavoro al videoterminale, sono a carico del datore di lavoro.

Per altro, in caso di sospetto patologico che non influenza l'attività di lavoro al VDT, ma che risulta dalla visita medica deve essere segnalato al medico di base del soggetto in esame, in caso di rilievi clinici non strettamente oculari, o all'oculista di fiducia in caso di sospetti patologici all'apparato visivo, in modo che siano questi a prendere provvedimenti diagnostici adeguati.

La ricorrente presenza di anomalie di comportamento in quest'ambito, ci ha fatto considerare l'opportunità di segnalare a chi di dovere tali condizioni, per cui i Colleghi che ne hanno esempi, sono pregati di segnalarli a uno dei medici del Consiglio Direttivo della F.O.V.E.A.

BIBLIOGRAFIA

La F.O.V.E.A. si fa carico di tenere un'aggiornata bibliografia sull'argomento trattato. Per adesso segnaliamo alcune pubblicazioni recenti che mettiamo a disposizione degli interessati.

1. C. Romano et all. "Lavoro a VDT e funzione visiva: analisi degli aspetti della sindrome da affaticamento oculare e proposta di alcuni criteri per la definizione dell'idoneità lavorativa"; Acta Medica Mediterranea, 1997, 13S: 201
2. Gruppo Italiano per lo studio dei rapporti tra lavoro e visione (G.I.L.V.) " Appunti di Metodo. Rapporto fra lavoro e visione sotto il profilo medico preventivo: primi orientati... Parte prima: presentazione" ; Med Lav 1993; 84, 4: 311-323.
3. Gruppo Italiano per lo studio dei rapporti tra lavoro e visione (G.I.L.V.) " Appunti di Metodo. Rapporto fra lavoro e visione sotto il profilo medico preventivo: primi orientati... Parte seconda: metodo" ; Med Lav 1993; 84, 4: 324-331.
4. Coordinamento tecnico per la prevenzione degli Assessorati alla Sanità delle regioni e province autonome di Trento e Bolzano; "uso di attrezzature munite di videoterminali" Documento n° 14 del Decreto Legislativo n°626/94.

Ricordiamo che la F.O.V.E.A. mette a disposizione il protocollo e la sua guida applicativa a tutti coloro che sono iscritti e che è possibile scaricare il protocollo anche in formato database per Windows dal sito dell'associazione: <http://foveaverona.altervista.org>